

Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Prof. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Haemolum hydrargyro-jodatum w leczeniu kiły.

Napisał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

I sekundar[redacted]działu.

Już w pismach lekarzy starożytnych znajdujemy wzmianki o rtęci, stósowanej w maściach przeciw rozmaitym chorobom skórnym, jako o nader dzielnym leku. Nic więc dziwnego, że podczas nagminnego wystąpienia kiły w wiekach średnich, zwrócono się do tego środka. Jednak zwycięstwo rtęci, tak wówczas jak i później, nie było jeszcze tak powszechne, jak dzisiaj, a koleje stósowania tego środka były nader zmienne zanim przetwór ten wywalczył sobie wreszcie przewagę nad innymi, przeważnie ze świata roślinnego, w leczeniu kiły używanymi.

Z początku nie używano rtęci wewnętrznie. Pierwszymi, którzy sposób takiego podawania jej zachwalali i zalecali, byli: Theophrastus Paracelsus (1493—1541), który do leczenia wewnętrznego najwięcej zalecał sublimat, siarkan rtęciawy (*turpetum minerale*) i czerwony tlenek rtęciowy, oraz Piotr Andrzej Mattioli (ur. 1500 † 1577), który podawał w pigułkach ten ostatni przetwór.

W nowszych czasach więcej wagi kładzie się na sposób wprowadzania rtęci do ustroju, niż dawniej.

Obecnie wiadomo nam, że rtęć, jakąkolwiek drogą i w jakiejkolwiek postaci do ustroju się dostaje, przy tych samych warunkach działa jednako, a siła lecznicza zależy od tego, czy środek ten, względnie do jego działania fizyologicznego, wprowadzamy szybciej lub powolniej do ustroju. Gwałtowność jednak działania leczniczego nie zapewnia jeszcze bynajmniej, że ono trwać będzie dłużej po wprowadzeniu leku w większej ilości, lub że więcej zapobieże powstawaniu następowych zmian, niż wtedy, gdy podajemy dawki mniejsze, lecz przez czas dłuższy.

Godnym uwagi jest znany, a nie rzadko spostrzegany fakt, że gdy u chorego na kiłę wystąpi jakaś choroba zakaźna gorączkowa n. p. róża, błonica, płonica, dur i t. d. ustępują nader szybko nawet takie objawy kiły, dla usunięcia których potrzebaby dłuższego leczenia rtęciowego.

Równorzędny z powyższym, choć również tylko chwilowy wynik otrzymać możemy, gdy, bez względu na możność zatrucia, nagle wprowadzimy do ustroju znaczniejszą ilość rtęci. W obu jednak przypadkach nawroty występują, jużto wcześniej, już też później, z czego wynika, że nie można z tego wnosić, jakoby zakażenie ustroju się zmniejszyło. W końcu przemawiałaby za tem ogólnie znana okoliczność, że kiła leczona, czy nieleczona, powraca w pierwszych latach swego istnienia, z lekkimi lub ciężkimi objawami; rzadko zaś zdarza się widzieć kiłę bez nawrotów. Nigdy jednak nie mamy pewności, kiedy ta ustrojowa choroba wygasła i czy nawrót nie nastąpi choćby po latach kilkunastu, o czem przekonywują mnie także nasze od lat dwudziestu kilku dokładne zestawienia historyj chorób chorych kiłowych,

Każdy lekarz przystępuje do leczenia kiły z uwagą i namysłem. Najpierw stara się on o przygotowanie ustroju, do którego rtęć wprowadzać zamyśla; później reguluje tryb życia leczonego chorego, stósownie do zamierzonego sposobu leczenia i jego warunków życia. Podobnie zwracać musi

uwagę na przebyte choroby, skazy i ułomności chorego a więc na ogólny stan ustroju. Czynników tych, które naszą uwagę zająć muszą, jest nader dużo; dlatego to przy wyborze sposobu leczenia, dobrze się nad nimi zastanowić należy, bo zbyt pochopne rozwiązywanie problematu tak trudnego, jakim jest leczenie chorób wenerycznych w ogólności, a kiły w szczególności, jest zawsze dowodem lekkomyślności lub szarlataneryi.

Sposoby wprowadzania rtęci do ustroju, dzisiaj najczęściej używane, są: wcierania, podawanie przetworów rtęciowych na wewnątrz, wstrzykiwania podskórne i miąższowe. Wybór jednego z tych sposobów leczniczych zależy z jednej strony od ustroju i jego warunków osobniczych, z drugiej zaś od postaci i siły zakażenia, lub też od grożącego choremu niebezpieczeństwa.

Nie leży w planie moim roztrząsanie wartości powyżej podanych metod; chciałbym jednak, nim przystąpię do ocenienia środka w nagłówku wymienionego, podać w krótkim zarysie zasady, jakiemi kierujemy się w leczeniu kiły na oddziele Prof. Dra Zarewicza.

Wrzody w pierwszych dniach ich istnienia, nie zbyt duże i znajdujące się na dostępnem miejscu, wycinamy; a gdy i gruczoły chłonne są już obrzękłe, trzebimy dokładnie pachwiny. Przypadki te jednak są nader rzadkie, gdyż chorzy szpitalni rekrutują się z li zby ludzi, którzy, najczęściej z nieświadomości, mało się troszczą o swoją chorobę, zgłaszają się zwykle już z wrzodami rozwiniętymi, a często i zaniedbanymi.

Przy wrzodach twardych nie podajemy rtęci, tylko leczymy chorych miejscowo, zalecając częste przemywanie roztworem sublimatu (1$^0/_{00}$), a następnie po zabliźnieniu się wrzodu, przykładanie plastra rtęciowego. Leczenie ogólne rtęciowe stosujemy tylko w wyjątkowych przypadkach, gdy wrzód jest duży, ze znaczną u podstawy stwardniałością, a leczenie miejscowe opóźniłoby doszczętne jego wygojenie. Wtedy zalecamy wewnętrznie w małych ilościach rtęć i to

w postaci pigułek sublimatowych lub z garbnikanu rtęciawego (Hydr. tannic. oxydl.).

Natomiast staramy się działać na stan ogólny chorego skrzepiająco i przygotować ustrój do przyjęcia we właściwej chwili rtęci, aby tym sposobem uczynić go na nią odporniejszym i zabezpieczyć się przed własnościami trującemi rtęci, a temsamem niepotrzebnie leczenia nie przerywać.

Obok więc podnoszenia odporności, stósownem i starannie dobranem pożywieniem, stósowaniem częstych kąpieli oczyszczających, używaniem umiarkowanego ruchu na świeżem powietrzu, oraz powstrzywaniem się od wytężającej pracy fizycznej i umysłowej, itp. zarządzeniami dyetetyczno-higienicznemi, staramy się o odpowiednie przygotowanie i wzmocnienie jamy ustnej przez częste płókania rozczynem chloranu potasowego, lub innego środka i usuwanie lub poprawianie nadpsutych zębów.

Zważywszy, że zalegający w jelicie grubem kał, przy stósowaniu rtęci, często daje powód do powstawania nieżytu w tem jelicie, zwykle, na parę dni przed rozpoczęciem leczenia rtęcią, podajemy choremu lek łagodnie przeczyszczający, najchętniej olejek rącznikowy lub wino sagradowe.

Sole rozwalniające są przeciwwskazane.

Leczenia ogólnego rtęcią nie rozpoczynamy z zasady nigdy przed wystąpieniem objawów ogólnych następowych, a nawet z reguły czekamy, dopóki okres wybuchowy nie zostanie zakończony. Przyszliśmy bowiem na mocy nader obfitego, a dokładnej krytyce poddanego, naszego materyału szpitalnego do tego przekonania, że przedwczesnem zastósowaniem rtęci nie osiągamy żadnych korzyści. Lubo teoretycznie zdawaćby się mogło, że, skoro jad już w czasie istnienia wrzodu pierwotnego w ustroju krąży, należałoby stósowny lek przeciw temu zakażeniu podawać; z doświadczenia jednak wiemy, że rtęć wcześnie podana, nader mało wpływa na zmniejszenie zmian następowych, a odroczenia ich, lub ilościowego nieznacznego zmniejszenia, nie możemy uważać za osiągnięcie wybitnych wyników, zwłaszcza jeżeli przeciwsta-

wimy im niekorzyści, jakie z przedwczesnego podawania rtęci wyniknąć mogą. Rtęć, jak wiadomo, sprowadza łatwo przekrwienie jamy ustnej, co usposabia do łatwiejszego występowania zmian kiłowych na błonach śluzowych, które ze względu na swe umiejscowienie pognębiająco na chorego działają i mogą być przyczyną przeniesienia kiły na inne osoby; a nadto, o ile nas doświadczenie pouczyło, wczesne podawanie rtęci usposabia błony śluzowe także i przy dalszych nawrotach kiły do powstawania zmian w jamie ustnej i to do tego stopnia, iż kłykciny sączące są przeważającym przypadem następnych nawrotów chorobowych.

Wreszcie jeden jeszcze jest powód, dla którego unikamy podawania rtęci w okręcie pierwotnego zakażenia, a mianowicie, że skoro zmiany kiłowe ogólne są oddziaływaniem ustroju na jad w nim krążący, to są one dla nas nietylko wskazówką, że wtedy dopiero najodpowiedniej i najskuteczniej rtęć działać może, ale zarazem i pouczają o sile zakażenia. Przez wczesne podawanie rtęci ustrój nietylko przedwcześnie i niepotrzebnie do tego leku się przyzwyczaja i to bez najmniejszej na przyszłość dla chorego korzyści, ale nadto zaciera się cały obraz chorobowy, i utrudnia bliższe, a tak doniosłe zapoznanie się z większą lub mniejszą odpornością danego osobnika nad jad kiłowy.

Nie obawiamy się wcale rtęci, ale też unikamy zastósowania jej tam, gdzie tego nie zachodzi potrzeba, boć codzienne doświadczenie poucza, że jednorazowe, albo nawet i kilkakrotne zastósowanie jej, nawet w wysokich dawkach, nie daje nam jeszcze żadnej rękojmi, że kiła doszczętnie wyleczoną zostanie. Z tego też powodu szef mój, Prof. Zarewicz, o ile mi to od niego samego wiadomo, obecnie nawet w prywatnej swej praktyce odstąpił od stósowania metody Fourniera, przekonawszy się o ujemnym jej skutku.

Nie mając więc pewności wyleczenia kiły, a raczej musząc być przygotowanymi na prawdopodobny jej nawrót, a jednocześnie licząc się z owem, powyżej wspomnianem, przyzwyczajeniem się ustroju do rtęci, oszczędzamy się w za-

stósowaniu jej ze względu na przyszłość. Ztąd to pochodzi, że indywidualizujemy każdy przypadek i dostósowujemy nasze leczenie do nasilenia zmian chorobowych, a tem samem — co na jedno wychodzi — do natężenia zakażenia.

W czasie ogólnego zakażenia obraz chorobowy może nam przedstawić się rozmaicie, trudno jest zatem nakreślić wskazówki leczenia kiły; gdyż jak różnorodne są kombinacye samych zmian chorobowych i zmiennem jest oddziaływanie ustroju na zakażenie kiłowe, tak też nie jednakiem musi być i leczenie.

Mając jednak na celu pomówić nie o leczeniu kiły w ogólności, lecz głównie o stósowaniu rtęci w okresie zakażenia ogólnego, tyle tylko mogę powiedzieć, że w łagodnych przypadkach kiły stósujemy rtęć w małych dawkach, bądźto na wewnątrz, bądź też jedną ze znanych metod, a w cięższych wprowadzamy do ustroju znaczniejsze ilości. W przypadkach kiły złośliwej wstrzymujemy się zupełnie od polecania rtęci — również nie podajemy jej w tych nawrotach choroby, w których łagodne objawy innym sposobem usunąć się dają.

Względnie zatem do nasilenia choroby, w przypadkach o objawach łagodnych, w których ze względu na anatomiczną postać pojedyńczych objawów spodziewamy się, że takowe, pod wpływem rtęci, łatwo usunąć się dadzą, podajemy jeżeli nie ma przeciwwskazania, przetwory rtęciowe, łagodnie działające na przewód pokarmowy, jak jodek rtęciowy, garbnikan rtęciawy (hydrg. tannic. oxydul.), lub wreszcie, w małych dawkach, chlorek rtęciowy.

W cięższych postaciach stosujemy wstrzykiwania przetworów rtęci miąższowo i od dłuższego czasu dajemy pierwszeństwo salicylanowi rtęciowemu, 0·10 na dawkę, w zawiesinie wodnej z małym dodatkiem rozczynu gumy arabskiej.

Nie mam zamiaru rozpisywać się o wartości podskórnych lub miąższowych wstrzykiwań rtęci, o ich wskazaniach i przeciw wskazaniach, o wyższości jednego przetworu nad

drugim; pominąć jednak nie mogę uwagi, iż na tysiące przypadków wstrzykiwań rtęci w ogólności, a miąższowych w szczególności, które na oddziale Prof. Zarewicza w ciągu kilkunastu lat wykonane zostały, mamy do zanotowania tylko jeden przypadek zejścia śmiertelnego, z powodu ostrego zatrucia rtęcią, opisany w „Deutsche med. Wochenschr.“, Nr. 12 z r. 1888 (Ein Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Quecksilbers auf den Darm. v. H. Kraus).

Ropnie bardzo rzadko powstawały w miejscach wstrzyknięcia, i to jedynie wtenczas tylko, gdy wykonane były niedość wprawnie. Niezawiśle od wprawy powstały ropnie w 4 przypadkach po wstrzyknięciu podskórnem oleju szarego, zaleconego przez Prof. Langa [1]). Innych, chociażby przemijających, mniej lub więcej groźnych przypadłości, jak krwotoków lub zatorów, o których niektórzy autorowie wspominają, nie mieliśmy i dlatego uważamy wstrzykiwania podskórne i miąższowe rtęci, jako metodę w stosowaniu tego przetworu bardzo dobrą i dogodną, jeżeli tylko umiejętnie i roztropnie zastósowaną zostaje. Szczególniej w praktyce lekarskiej szpitalnej dajemy wstrzykiwaniom podskórnym, a przedewszystkiem miąższowym, pierwszeństwo nad wszelkimi innymi sposobami wprowadzania rtęci do ustroju, choćby dlatego, że sami wykonywując leczenie, każdej chwili sprawdzić możemy, ile rtęci spotrzebowaliśmy na usunięcie choroby, podczas gdy przy wewnętrznem podaniu rtęci, lub przy wcieraniach z trudnością tylko można dozorować chorych, zwłaszcza przy dużej ilości.

Wcierań używamy w przypadkach ciężkich, bądź to ze względu na postać chorobową, bądź też na zajęty przez kiłę narząd (oko, krtań, wewnętrzne narządy), a od trzech lat zastępujemy je w wielu przypadkach z dobrym skutkiem pomazywaniami, według metody Welandera. Metoda ta ma tę wielką wyższość nad wcieraniami, iż, przy równie dobrych

---

[1]) Dr. T. Mayzel: Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego. »Przegl. lek» 1894 Nr. 18—20.

wynikach, nie wywołuje wyprysku, nie pochłania choremu wiele czasu, nie wymaga żadnej wprawy, łatwiejszy jest dozór chorego, nie jest wcale męczącą, a nadto — co najważniejsza — że rtęć równie się dobrze wchłania, jak przy wcieraniu.

Nader mało polecamy wewnętrznie przetwory rtęciowe u chorych, stale na oddziale leczonych; przeważnie podajemy tylko u przychodnich, w przypadkach powyżej przytoczonych i to — jak się wyżej powiedziało — jeden z wymienionych przetworów rtęci.

We wszystkich przypadkach kiły przywiązujemy ogromną wagę do ogólnego stanu zdrowia chorego i w każdym razie poddajemy ścisłemu rozbiorowi krytycznemu przypady chorobowe, czy i o ile zawisłe są od zakażenia kiłowego. Trzymamy się bowiem ściśle zasady, że nie leczymy kiły, lecz leczymy chorego na kiłę. Gdzie więc tego zachodzi potrzeba, wypełniamy, obok swoistego leczenia, te wszystkie wskazania, które nam szczegółowe względy kliniczne wypełniać nakazują. Zapewne każdy lekarz szpitalny to zauważył, że u chorych kiłowych, zgłaszających się do oddziałów kiłowych, bardzo często towarzyszy, jako pośrednia lub bezpośrednia przyczyna kiły, niedokrewność. Usuwać tę ostatnią rozmaitymi sposobami, należy uważać za bardzo ważne zadanie.

U chorych zatem niedokrewnych w czasie drugiego okresu wylęgania, a nawet już w czasie wystąpienia wrzodu twardego, staramy się podawaniem arszeniku z żelazem i odpowiedniem posilnem, a niezbyt ciężkiem żywieniem, wzmocnić najpierw ustrój, a przez to samo uczynić go odporniejszym na jad kiłowy, skutkiem czego niejednokrotnie z walki tej wychodzi on o wiele korzystniej, aniżeli gdy zaniechamy tej ostrożności i pozostawimy ustrój wyłącznemu tylko wpływowi rtęci. Niemniej prawdą jest jednak, że i bez leczenia skrzepiającego udaje nam się nierzadko usunąć towarzyszącą zakażeniu kiłowemu niedokrewność samą tylko rtęcią; dzieje się to jednak tam tylko, gdzie niedokrewność wystąpiła wy-

łącznie pod wpływem zakażenia kiłowego. Jak trudno jednak jest ocenić w pewnych razach przyczynę niedokrewności u chorych, mało zwracających uwagi na swoje zdrowie, a przytem nie grzeszących zbytnią inteligencyą, aż nadto znanem jest lekarzowi szpitalnemu. Bądź jak bądź, arsen w małych dawkach z żelazem zawsze oddać nam może dobre usługi.

Z prawdziwę więc przyjemnością przeczytałem w „Archiv. für Dermat. u. Syphilis“ (T. XXXIV. Z. 2.) pracę Dra J. R. Rillea z kliniki Prof. Neumanna[1]), zalecającą szczególniej w towarzyszącej kile niedokrewności nowy przetwór rtęciowy przez Koberta podany, *Haemolum hydrargyro-jodatum*.

Podawanie rtęci na wewnątrz jest szczególnie z upodobaniem zalecane we Francyi. Dwaj wielcy syfilidologowie francuscy, Fournier i Mauriac, polecają ten sposób leczenia przedewszystkiem u chorych przychodnich, twierdząc zgodnie, że jest to metoda najlepsza (cette méthode est incontestablement la meilleure), najłatwiejsza i najdogodniejsza dla chorego i lekarza, bo nie sprawiająca temu pierwszemu żadnych trudności lub kłopotów, które nieodstępnie towarzyszą innym sposobom leczenia. Zaletą można nazwać także i to, że chociaż, jak każda inna metoda, do zatrucia doprowadzić może, to jednak łatwo ustrzedz się przed wyższym jego stopniem, przez wczesne przerwanie i tak małej dawki. Najczęściej naturalnie chodzić tu może o podrażnienie przewodu pokarmowego, które bez leczenia szybko ustępuje.

Są jednak i przy tem podawaniu rtęci przeciwwskazania, a mianowicie, gdy istnieje u chorego szczególna wrażliwość na rtęć, gdy stwierdzamy w przewodzie pokarmowym pewne zboczenia, jeśli żołądek musi być wolnym dla innych leków, z rtęcią nie zgadzających się, wreszcie gdy chodzi o szybkie, energiczne wprowadzanie rtęci do ustroju.

---

[1]) Wyciąg w »Przegl. lekarskim« 1896, r, 14.

Te prawidła mieliśmy na oku we wszystkich przypadkach, w których przetwory rtęciowe wewnętrznie podawać zamierzaliśmy.

Liczba przetworów rtęciowych, wewnętrznie używanych, jest nader obfita, ale największa z nich część nie była uświęconą ścisłem i długiem doświadczeniem, przez co, podając je, zwiększano tylko i tak obfity arsenał środków, z którego bardzo niewiele tylko cieszy się powszechnem użyciem.

Ze znacznej liczby przetworów rtęciowych chlorek rtęciowy (sublimat) zajmuje miejsce naczelne; rywalem jego jest jodek rtęciowy (protojoduretum hydrarg.), wprowadzony przez Bietta (1831), a tak pochlebnie obok sublimatu, zalecony przez Ricorda. Te dwa połączenia rtęci, obok kalomelu, stósowanego przeważnie u dzieci, utrzymały się do dnia dzisiejszego. Z nowych zaś połączeń wymienić należy, jako częściej używane: garbnikan rtęciawy (hydrarg. tannicum oxydulatum) (Lustgarten 1884), połączenie rtęci z peptonem, tak zwane *hydrarg. peptonatum* (Martineau), wzbudzające, dla niestałego składu, mniejsze zaufanie — i wreszcie, połączenie rtęci z kwasem dębiankowym (hydrarg. gallicum) (Brouss i Gal) mało jeszcze wypróbowane.

Na naszym oddziale zapisujemy najczęściej sublimat i garbnikan rtęciawy w pigułkach, jodek rtęciowy (deutojoduretum hydr.) w płynie wraz z jodkiem potasowym, w którym przetwór ten wyśmienicie się rozpuszcza. Po ogłoszeniu więc powyżej przytoczonej pracy rozpoczęliśmy podawać chorym *haemol. hydr. jodatum.*

Przetwór ten według Koberta jest połączeniem jodu i rtęci z żelazem i zawiera 12,35$^0/_0$ metalicznej rtęci, 26.68$^0/_0$ jodu. Haemol otrzymuje się przez kłócenie zobojętnionej krwi zwierząt ciepłokrewnych z wodą i opiłkami cynkowemi, przez co powstaje osad, zawierający hemoglobinę, który po oddzieleniu cynku zapomocą salmiaku i ostrożnem zakwaszeniu kwasem solnym, zamienia się w proszek brunatny, w wodzie nierozpuszczlny, prawie bez smaku i zapachu, któremu nadano miano *haemolu.*

Wiemy, że przetwory żelaziste nader trudno ulegają wessaniu w jelitach; Kobert przekonał się, wprowadzając dawkę haemolu, odpowiadającą 0,5 hemoglobiny do jelita grubego, że 50% uległo wessaniu.

Z 37 historyj chorób, podanych przez Rillea, wynika, że przetwór ten, pod względem działania leczniczego, dorównywa innym, wewnętrznie podawanym przetworom rtęciowym, a ma je przewyższać o tyle, że działa skutecznie przeciw istniejącej równocześnie niedokrewności. Zarazem widać z pracy powyższej, że działanie trujące tego leku jest nader małe, mniejsze nawet, według Rillea, niż innych połączeń rtęci, chociaż dawka była stósunkowo dość dużą, bo 1.20 *Haem. hg. jod. pro die* (z początku tylko podawano pigułki z 5.0 na 60 pigułek, później dopiero zwiększono dawkę wedle wzoru: *Haem. hg. jod. 10.o Pulv. et extr. Liquir. aa. q. s. ut f. pill. Nr. 50* D. S. 3 razy dziennie po 2 pigułki).

W przypadkach naszych podawaliśmy chorym[1]) przeważnie pigułki silniejsze, jak to przytoczone poniżej historye chorób pouczają:

K o b i e t y:

1. F. Anna, lat 18, przy rodzicach, przyjętą została w d. 21 maja 1896 roku z osutką plamistą na tułowiu i kłykcinami sączącemi w jamie ustnej. Chora miernie odżywiona i niedokrewna.

26/5. Pigułki silniejsze z *haem. hg. jod.* 3 razy dziennie.

30/5. Boleści znaczne, biegunka, wieczór C. 38°, przerwano pigułki.

4/6. Przypady jelitowe ustąpiły — na nowo polecono pigułki.

6/6. Biegunka, boleści; przerwano pigułki; osutka jeszcze wyraźna. lecz po 3 wstrzyknięciach *Hydrg. salic. à 0·10* ustąpiła zupełnie.

2. M. Florentyna, lat 17, szwaczka, przyjęta 17/3. 1896. z wrzodem twardym na spoidle tylnem i z swoistem zajęciem gruczołów pachwinowych. Zmiana pierwotna leczona była miejscowo.

D. 13/5. wystąpiły plamy kiłowe po bokach klatki piersiowej. Chora miernie odżywiona. spojówki i błona śluzowa jamy ustnej, blade; polecono 1·20 *haem h. j.* dziennie.

---

[1]) *Haemolum hg. jod.* sprowadzono od Merka.

Już d. 25/5. nie było prawie śladu osutki. Z powodu jednak, iż wystąpiły wymioty i biegunka ze znacznemi boleściami, przerwano pigułki. Po ustąpieniu objawów jelitowo-żołądkowych podawano jeszcze pigułki, ale już po paru dniach objawy te wystąpiły na nowo; musiano się więc uciec do innego sposobu leczenia, t. j. do wstrzykiwań miąższowych, które chora znosiła bardzo dobrze, i te usunęły dopiero resztę objawów.

3. B. Katarzyna, lat 17, prostytutka. Przyjętą została dnia 30/5, 1896. Osutka kiłowa powrotna. w postaci kilku plam obrączkowych i gromadek plam dużych usadowionych na tułowiu i kończynach górnych. Chora jest dobrze odżywioną, ale niedokrewną. Polecono pigułki słabsze, t. j. dziennie przeszło 0·33 *Haem. hg. j.* Już czwartego dnia po używaniu tego przetworu rtęciowego wystąpiła obfita biegunka, z powodu której odstawiono pigułki; gdy jednak po kilku dniach chora wyzdrowiała, znowu polecono pigułki. Ponowne wystąpienie wymiotów i biegunki, zmusiło nas do zaniechania pigułek. Chcąc się przekonać o ile przetwór ten daje powód do zajęcia przewodu pokarmowego, zastósowano dn. 19/5 znowu pigułki; tym razem jednak, przy ścisłym wyborze podawanych pokarmów. Gdy jednak dnia 20/5, mimo odpowiedniej dyety, pigułki znowu wywołały objawy żołądkowo-jelitowe, zaprzestano ich podawać, a polecono wstrzykiwania z *Hg. sal.* W chwili rozpoczęcia tego leczenia plamy były jeszcze dość znaczne.

4. K. Cecylia, lat 18, prostytutka; przyjętą została d. 14/5 1896. ze zmianami kiłowemi na migdałkach, łukach, wargach ust, na częściach rodnych i około rzyci, jako objawy kiły nawrotnej. Odżywienie chorej wcale dobre, błony śluzowe blade. Chorej polecono *Haem. hg. j.* w pigułkach po 0.80 dziennie. Zażywanie pigułek rozpoczęła ona dn. 18 Maja, w dawkach, po 0.40. Po wyżyciu 8.80 *Haem. hg. j.* (pigułek 44) zmiany szybko ustępowały, z powodu jednak ucieczki chorej ze szpitala, leczenie zostało przerwane. Zaznaczyć należy, że chora dobrze znosiła ten przetwór, a w czasie trwania leczenia nie było powodu do przerywania go.

5. K. Amalia, lat 37, faktorka, przyjętą została d. 17. maja 1896. z wrzodem twardym na części pochwowej, z towarzyszącem mu zajęciem gruczołów pachwinowych. Na tułowiu i kończynach górnych była obfita plamista osutka kiłowa. Gruczoły chłonne obrzękłe. Chora niedokrewna, cera twarzy i błony śluzowe blade, odżywienie mierne. Dn. 22 Maja rozpoczęła zażywać pigułki z *haem. hg. jod.*, trzy razy dnia po jednej pigułce á 0,20. Już 6 dnia wystąpiło rtęciowe zapalenie jamy ustnej i błony śluzowej dziąseł, skutkiem czego wstrzymano pigułki, a zastósowano odpowiednie przeciwdziałanie. Po kilku dniach przerwy, błony śluzowe wróciły do prawidłowego stanu, rozpoczęto więc na nowo

leczenie. Dnia 10/6 zapisano w historyi choroby, że osutka zaczęła ustępować; z powodu jednak boleści, które nazajutrz w przebiegu miesiączki wystąpiły, przerwano ponownie leczenie. Dnia 15 Czerwca rozpoczęto ponownie leczenie, a w dniu 20/6 chora z zagojonym wrzodem i bez śladu na skórze, na własne żądanie, szpital opuściła. Na usunięcie zmian spotrzebowano 10.20 *haem. hg. jod.*

M ę ż c z y ź n i.

6. S. Piotr, lat 55, rolnik, przyjęty d. 1/4 1896. Wrzód twardy na migdałku prawym z następowem zajęciem gruczołów podszczękowych; osutka guzkowo-plamista kiłowa na tułowiu i odnogach; kłykciny sączące na mosznach, obrzmienie gruczołów; nadto istnieje stare, zaniedbane zwichnięcie w biodrze prawem. Odżywienie liche, wejrzenie starcze. Leczenie rozpoczęto dnia 3 Kwietnia pigułkami z *haem. hg. jod.*, trzy razy dziennie po jednej pigułce à 0.20. Już 12 dnia (po wyżyciu 7.20 leku) zmiany poczęły ustępować; z powodu jednak małego postępu w polepszaniu się, posunięto dzienną dawkę dnia 20/4 do 1.20 *haem. hg. jod.* ze szkodą dla chorego, gdyż już 3 dnia wystąpiła biegunka krwawa, z powodu której leczenie przerwano.

Dnia 27/4, po ustąpieniu biegunki, rozpoczęto na nowo leczenie, lecz tym razem w zmniejszonej dawce, t. j. dwa razy dziennie po 2 pigułki à 0.20; a gdy po używaniu i tej dawki pojawiała się jeszcze mała biegunka, zmniejszono ilość dzienną pigułek do dwóch. Na tej dawce chory pozostał: zmiany ustąpiły wszystkie; dnia 15 Maja chory został wypuszczony. Spotrzebowano 22 grm. *haemol. hydrg. jod.*

7. S. Franciszek, lat 29, stróż, przyjęty dnia 2 Kwietnia 1896. Powrotna kiła, pod postacią rumieniowego zajęcia krtani z następową chrypką, oraz sączących kłykcin około rzyci; nieznaczne zajęcie gruczołów pachwinowych i karkowych. Chory dobrze odżywiony. Dnia 4/4 rozpoczęto leczenie, podając trzy razy dziennie po 2 pigułki słabsze (5.0 *haem. hg. j.* na 60 pig.), a ponieważ chory dobrze je znosił, podwyższono dnia 8/4 dawkę do 9 pigułek dziennie. Szesnastego dnia leczenia głos chorego poprawił się, a kłykciny sączące poczęły się zabliźniać. Aby przyspieszyć wygojenie, a poczęści, aby nabyć przekonania o wpływie leku na przewód pokarmowy, polecono zastósować silniejszą dawkę, t. j. 1.20 *haem h. j.* dziennie na 3 dawki rozłożone. Głos chorego był coraz czyściejszy, widoczną też była poprawa kłykcin sączących; przewód pokarmowy znosił dobrze podany lek, ale natomiast w 4 dni potem wystąpiło zaczerwienienie i obrzmienie dziąseł, z powodu którego usunięto rtęć. Po zastósowaniu odpowiedniego postępowania można było wkrótce na nowo podjąć właściwe leczenie. Dnia 2 maja chory wyleczony opuścił szpital. Wyżył ogółem przeszło 14 grm. *haemoli hydrargyro-jodati.*

8. D. Antoni, lat 27, wieśniak, miernie odżywiony, przyjęty dn. 7/4. 1896. z wrzodem twardym na prąciu i z zajęciem swoistem gruczołów pachwinowych. Z początku leczono chorego miejscowo; skoro jednak d. 17 Maja plamista wysypka kiłowa zajęła już cały tułów i kończyny górne, a dolne do kolan, polecono zażywać 3 pigułki dziennie po 0·20 *haem. hg. j.* Jednak już trzeciego dnia, gdy chory dobrze je znosił, podwyższono dawkę o jednę pigułkę dziennie. Wkrótce jednak, bo po 4 dniach używania tej dawki, wystąpiło lekkie zajęcie dziąseł; wstrzymano zatem leczenie rtęcią. Po ustąpieniu zapalenia dziąseł rozpoczęto leczenie na nowo w dawce tej samej. Dnia 31 Maja chory opuścił szpital wyleczony, wyżywszy 7.20 *haem. hg. jod.*

9. L. Franciszek. lat 24, służący, przyjęty dnia 15/4. 1896.

Wrzód twardy pod napletkiem z następową stulejką, niebolesne obrzmienie gruczołów w obu pachwinach, ożywienie średnie. Dn. 28/4 zauważono początki plam kiłowych. Plamy te zwolna mnożyły się, a w połowie maja były bardzo obfite i zajmowały cały tułów i kończyny. Chory pobladł, wejrzenie jego było niedokrewne. W tym czasie rozpoczęto leczenie, które polegało na podawaniu choremu tylko 0.40 *haemol. hg. jod.* dziennie. Ponieważ chory dobrze lek znosił, podwyższono dawkę do 0·80 dziennie. Do dnia 23 Maja leczenie trwało bez przerwy i w tym czasie zmiany kiłowe zupełnie ustąpiły; chory wyżywszy 10 grm. *haem. hg. j.*, opuścił szpital.

10. K. Józef, lat 24, piekarz, przyjęty 19/4. 1896. z nawrotem kiły pod postacią kłykcin sączących około rzyci. Chory dobrze odżywiony, lecz cery bladej. Podano mu pigułki z *haem. hg. jod.* w dawce dziennej 0.60. Już w trzecim dniu zażywania tych pigułek wystąpiła krwawa biegunka, która, po przerwie w leczeniu, zupełnie ustąpiła tak, że wkrótce potem można było na nowo polecić rtęć. Od tego czasu chory bez przerwy był leczonym aż do ustąpienia zmian kiłowych. W przypadku tym, obok miejscowego leczenia kłykcin sączących, spotrzebowano 4 grm. *haem. hg. j.* D. 1/5 chory opuścił szpital.

11. J. F., lat 30. urzędnik, przyjęty 20/4. 1896. Wrzód twardy na napletku. rozsiane guzki kiłowe na tułowiu i kończynach wielkości soczewicy. Obrzmienie gruczołów chłonnych. Chory dobrze odżywiony, wejrzenie jego jednak niedokrewne: zażywał dziennie 0.80 *haemol. hg. jod.* aż do dnia 21/5. Do usunięcia zmian kiłowych spotrzebowano 14 grm. leku. W ciągu tego czasu przerywano leczenie dwa razy z powodu biegunki, a raz z powodu biegunki z towarzyszącemi wymiotami. Zaburzenia jednak w przewodzie pokarmowym szybko ustępowały po przerwaniu leczenia rtęciowego.

12. C. Szymon, lat 20, kotlarz, przyjęty dnia 29/4. 1896. z kiłową osutką plamisto-guzkową na tułowiu i z kłykcinami sączącemi na migdałkach i prąciu. Zmianom tym towarzyszyło obrzmienie gru-

czołów. Odżywienie chorego dobre, wejrzenie zdrowe. Zastosowano *haem. hg. j.* 0.80 dziennie. Chory dobrze znosił ten przetwór, a po wyżyciu 4.80 leku, d. 9/5. z nieznacznemi pozostałościami po osutce, na własne żądanie szpital opuścił.

13. S. Jan, lat 24. wyrobnik, przyjęty dnia 6/5. 1896 z osutką plamistą na tułowiu i kończynach, oraz sączącemi kłykcinami na prąciu i obrzękiem gruczołów. Odżywienie mierne, chory niedokrewny. W ciągu następnych dni osutka zwiększała się jeszcze ilościowo tak, że leczenie rozpoczęto dopiero d. 17/5, polecając dziennie 0.60 *haemol. h. j.* Skoro chory dobrze dawkę tę znosił, podwyższono ją do 0.80 dziennie. Już d. 29/5. plamy ustąpiły bez śladu. a gdy po tygodniu znikły i kłykciny sączące, chorego po wyżyciu 14 grm. *haem. hg. jod.* ze szpitala wypuszczono.

14. W. Jan, lat 25, wieśniak, przyjęty d. 13.5. 1896. z nawrotem kiły wczesnej pod postacią osutki guzkowej i obrączkowej w przegubach łokciowych, głębokiemi niesztowicami (ecthyma profundum) na obu przedbarczach. Zmianom tym towarzyszyła chrypka. Cera chorego blada, błony śluzowe niedokrewne, odżywienie mierne.

Obok leczenia miejscowego polecono 0.60 *haem. hg. j.* dziennie; w tydzień jednak potem już przy tej małej dawce pojawiły się początki ostrego zapalenia rtęciczego jamy ustnej, skutkiem czego leczenie przerwano. W historyi choroby zanotowano: głos czyściejszy. Mimo niepodawania rtęci zmiany na skórze się poprawiały, a skoro d. 31/5 zapalenie rtęcicze jamy ustnej ustąpiło, wznowiono leczenie. D. 8/6 pozostały zaledwie ślady barwikowe po zmianach na skórze tak, że chorego wypuszczono. Chory wyżył 9 grm. *haem. hg. j.*

15. W. Jakób, lat 30, wieśniak, przyjęty został d. 21/5 z powodu plam kiłowych na tułowiu i kończynach, kłykcin sączących na prąciu, mosznach i koło rzyci. Gruczoły chłonne były wszystkie zajęte, odżywienie dobre. D. 23/5 chory rozpoczął leczenie dzienną dawką 0.60 *haem. hg. jod.*, po dwu dniach wystąpiła biegunka krwawa, z powodu której wstrzymano właściwe leczenie, a po usunięciu biegunki rozpoczęto leczenie na nowo, jednakowoż, z powodu wystąpienia zapalenia dziąseł, ponownie je przerwano. Po wyżyciu 6.60 *haem. hg. j.* wystąpiło ponownie zapalenie rtęcicze jamy ustnej współcześnie z biegunką krwawą. Gdy przypadłości te ustąpiły, chory, niedokończywszy leczenia, opuścił opuścił szpital na własne żądanie, w stanie znacznej poprawy.

Po przytoczeniu powyższych historyj chorób, w których uwzględniono tylko szczegóły, dotyczące działania nowego leku na zmiany chorobowe i wpływu jego na inne sprawy ustroju, z pominięciem mniej nas na razie obchodzących okoliczności, każdy odnieść musi to wrażenie, że dzia-

łanie tego leku na istniejące zmiany kiłowe, o ile nie wywoływał on ubocznych przypadów, było pod każdym względem dodatnie.

Z 15-tu przypadków, leczonych tym przetworem, było 7 (przyp. 1, 4, 5, 6, 8, 9, 11) świeżej osutki plamistej, dwa plamisto-guzkowej, jeden guzkowej; z nawrotowej zaś postaci mieliśmy jeden przypadek osutki plamistej, jeden guzkowej, a trzy kiły powrotnej w postaci kłykcin sączących. Wykluczyć należy z pod oceny trzy przypadki osutki plamistej, pod względem działania *haem. hg. jod.* na zmiany kiłowe, gdyż wkrótce zastąpiono go innem leczeniem.

Osutka plamista ustępowała prawie zupełnie już po stosunkowo małej dawce, bo po wyżyciu 8 do 14 grm. leku; osutka guzkowa zupełnie ustąpiła po 22 grm., raz po 14 grm.; w jednym zaś przypadku po 4.80 doprowadzono tylko do zmian barwikowych. Jeden przypadek nawrotu kiły, w postaci osutki guzkowej obrączkowej z równoczesnemi niesztowicami, uległ bardzo znacznej poprawie już po wyżyciu 9 grm. *haem. hg. jod.* Kłykciny sączące ulegały również szybko wessaniu, bo już po wyżyciu dawki 6 grm.; dodać jednak trzeba, że w tych przypadkach stosowano równocześnie i leczenie miejscowe. Z tego więc wynika, że działanie *haem. hg. jod.* jak to wyżej twierdziłem, jest energiczne, gdyż wszelkie zmiany ustępowały już po stosunkowo małej liczbie pigułek. Jeżeli jednak uwzględni się częste, a skutkiem ubocznego działania leku, konieczne przerwy w leczeniu, to to rzuci niekorzystny cień na świetność działania *haem. hg. jod.* W żadnym prawie przypadku nie było możebnem przeprowadzić leczenia w jednym ciągu, a nierzadko trzeba było przerywać go skutkiem rychłego zatrucia, już po względnie małych dawkach. W trzech tylko przypadkach (3, 12, 13) stosowano ten lek bez przerwy przez 2—4 tygodni i w tych przypadkach rzeczywiście zmiany ustąpiły szybko. W 9 zaś z powyższych 12 przypadków musiano przerywać leczenie jużto z powodu zmian rtęciczych w ustach, już też, — i to

znacznie częściej, — z powodu zaburzeń żołądkowo-jelitowych, które nawet w ciągu leczenia niejednokrotnie kilka razy się powtarzały, co znacznie przedłużało czas trwania leczenia.

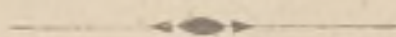
W znacznej jednak części przypadków chorzy przetwór ten znosili bardzo niedobrze; czasem już po małych dawkach (0.40—0.60) występowały zaburzenia jelitowe, a nierzadko dołączały się i żołądkowe.

Zaburzenia te polegały na biegunce, nierzadko z domieszką krwi, znacznemi boleściami i parciem na stolec, a niekiedy przypadom tym towarzyszyły i wymioty, brak łaknienia, a nawet stan podgorączkowy. Znacznie rzadziej zauważaliśmy objawy zapalenia rtęciczego jamy ust, które zwykle po przerwie w leczeniu i zastósowaniu odpowiedniego płókania szybko ustępowały.

W końcu nie mogę pominąć trzech przypadków, w których leczenia przetworem w mowie będącym nie można było dokończyć, a musieliśmy się uciec do użycia wstrzykiwań miąższowych salicylanu rtęciowego. U tych chorych kobiet, przy kilkakrotnych próbach podawania *haemol hg. jod.* występowały tak silne zaburzenia żołądkowo-jelitowe, że za każdym razem podawanie to przerwać musiano, aby w końcu zastósować taki środek rtęciowy, który chore te znosiły. Nie było to zatem winą szczególnej wrażliwości osobniczej na rtęć, lecz przyczyny szukać należy w własnościach samego przetworu.

Mimo skromnej ilości przytoczonych przypadków sądzę, że wartość lecznicza przetworu tego jasno się przedstawia. Z zapatrywaniem Dra J. R. Rillea o tyle tylko mógłbym się zgodzić, że haemol rtęciowo-jodowy, pod względem działania na zmiany kiłowe, nie ustępuje innym przetworom rtęciowym, wewnętrznie podawanym; nie wypełnia jednak wcale zadania, którego od każdego rtęciowego przetworu, wewnętrznie zalecanego żądać musimy, t. j., aby działając na zmiany kiłowe, nie wywoływał zbyt łatwo przypa-

dów ze strony przewodu pokarmowego, które pociągają za sobą konieczne przerwy w leczeniu. Lek ten bowiem nie tylko nie mniej, lecz nawet w znacznie większej mierze, wywołuje nader przykre, a nawet czasami niebezpieczne objawy zatrucia. Co się zaś tyczy wpływu jego na niedokrewność, to o tem w przytoczonych spostrzeżeniach nie byłem się w stanie przekonać, gdyż chorzy niedokrewni (szczególnie kobiety) nie znosili go, a dobrze odżywieni i bez objawów niedokrewności, leczenia tym przetworem nie potrzebują.



Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego". 1897. Nr. 25 i 26.

Kraków, 1897. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.